

Vergaderjaar 2018–2019

**27 529**

## **Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg**

**Nr. 183**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 april 2019

Goede en tijdige informatie-uitwisseling met de patiënt en tussen zorgprofessionals onderling is nodig voor goede kwaliteit van zorg. Zorgverleners beschikken te vaak niet over de informatie die ze nodig hebben en zijn teveel tijd kwijt met faxen of het op DVD branden van gegevens. Mensen moeten te vaak opnieuw hun verhaal vertellen terwijl ze denken «dokter dat weet u toch wel». Daarom moet digitaal het nieuwe normaal worden en ga ik – zo schreef ik u in mijn eerste brief over versnelling van elektronische gegevensuitwisseling in de zorg van 20 december 2018<sup>1</sup> – in concrete stappen elektronische gegevensuitwisseling wettelijk verplicht stellen.

Deze tweede brief over elektronische gegevensuitwisseling in de zorg start met een korte samenvatting van de vorige brief. Daarna ga ik in op de contouren van de naderende wettelijke verplichting en op de concept-«Roadmap»: de eerste gegevensuitwisselingen die moeten worden gedigitaliseerd. Hiermee geef ik ook gehoor aan de motie van de leden Raemakers, van den Berg en Arno Rutte van uw Kamer<sup>2</sup> om u over mijn inhoudelijke koers te informeren. In bijlage 1<sup>3</sup> ga ik tot slot kort in op enkele onderwerpen die in het Algemeen Overleg dat wij op 30 januari 2019 (Kamerstuk 27 529, nr. 180) hadden aan bod kwamen en op enkele door uw Kamer daarna aangenomen moties.

#### **Wat vooraf ging**

In het belang van de patiënt, die recht heeft op kwalitatief goede zorg – en goede informatievoorziening en gegevensuitwisseling zijn daarvoor randvoorwaardelijk – kondigde ik in mijn brief van 20 december 2018 aan de belemmeringen in elektronische gegevensuitwisseling aan te pakken.

<sup>1</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 166

<sup>2</sup> Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 46

<sup>3</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

In deze brief schetste ik de aan te pakken tekortkomingen in elektronische gegevensuitwisseling en mijn voornemen tot wettelijke verplichting van elektronische gegevensuitwisseling en kondigde ik de Roadmap aan.

Door gebrekkige elektronische gegevensuitwisseling in de zorg worden vermijdbare fouten gemaakt, moeten mensen steeds weer opnieuw hun verhaal vertellen, moeten zorgverleners gegevens telkens opnieuw intypen ten koste van de tijd voor patiënten en worden onderzoeken onnodig herhaald. Dat aanpakken is niet eenvoudig. Alle betrokken beroepsgroepen spreken namelijk hun eigen taal en die talen moeten op elkaar worden afgestemd in alle mogelijke gegevensuitwisselingen. Zo worden orale geneesmiddelen tegen stolling bijvoorbeeld orale anticoagulantia genoemd, wat door artsen soms wordt afgekort tot OAC. Door gynaecologen en huisartsen kan dat opgevat worden als orale anticonceptie, en dat is nogal iets anders. Omdat het gaat om veel beroepsgroepen en nog veel meer termen, is komen tot eenheid van taal dus veel werk. Daarnaast zijn er ook allerlei technische standaarden in gebruik die niet altijd op elkaar aansluiten, is er niet in elke regio al een infrastructuur beschikbaar voor elke gegevensuitwisseling en zijn niet alle benodigde voorzieningen (zoals een digitaal adresboek) aanwezig. Er zijn, kortom, tekortkomingen in eenheid van taal en in eenheid van techniek die moeten worden aangepakt om de elektronische gegevensuitwisseling te verbeteren.

Gelukkig gebeurt er op het gebied van digitalisering in de zorg al veel en is er de afgelopen jaren flink geïnvesteerd. Digitaal werken wordt in het domein van de jeugdgezondheidszorg al sinds 2010 voorgeschreven in de Wet Publieke Gezondheid, waarbij de financiering decentraal geregeld is. Ook heeft elektronische gegevensuitwisseling een prominente plek gekregen in Hoofdpijnen-akkoorden, in programma's zoals «Langer thuis» en «Thuis in het verpleeghuis» en in het rapport van de Taskforce «Zorg Op de Juiste Plek».

Voor de periode 2017–2022 wordt meer dan 400 miljoen euro beschikbaar gesteld voor versnellingsprogramma's (de zogenaamde VIPP-regelingen voor Versnelling van de Informatie-uitwisseling tussen Patiënt en Professional) in onder meer de GGZ, ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Dit jaar volgen er nog regelingen voor integrale geboortezorg, huisartsen, vrijgevestigden in de GGZ, de langdurige zorg en een vervolg programma voor ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Patiënten die dat willen, kunnen hierdoor ook de eigen informatie ophalen in persoonlijke gezondheidsomgevingen die voldoen aan het MedMij-afsprakenstelsel. Ik heb recent aangekondigd dat het voor iedere Nederlander mogelijk wordt om de komende jaren kosteloos gebruik te maken van zo'n digitale persoonlijke gezondheidsomgeving.

Zorgaanbieders zijn dus druk bezig de uitwisseling van gegevens met de patiënt te verbeteren en het gebruik van de eigen gegevens door de patiënt te verhogen. Dat kan alleen als zorgprofessionals die gegevens zelf ook elektronisch registreren en elektronisch met elkaar uitwisselen. Ook daarom wil ik de onderlinge elektronische gegevensuitwisseling versnellen. Mijn ambitie is dat de gegevensuitwisseling in de zorg in Nederland in rap tempo volledig digitaliseert waardoor ook patiënten al hun eigen gegevens digitaal kunnen inzien en beheren. Met meer regie door de overheid dan tot nu toe, met meer tempo en met een wettelijke verplichting.

## **Wettelijke verplichting**

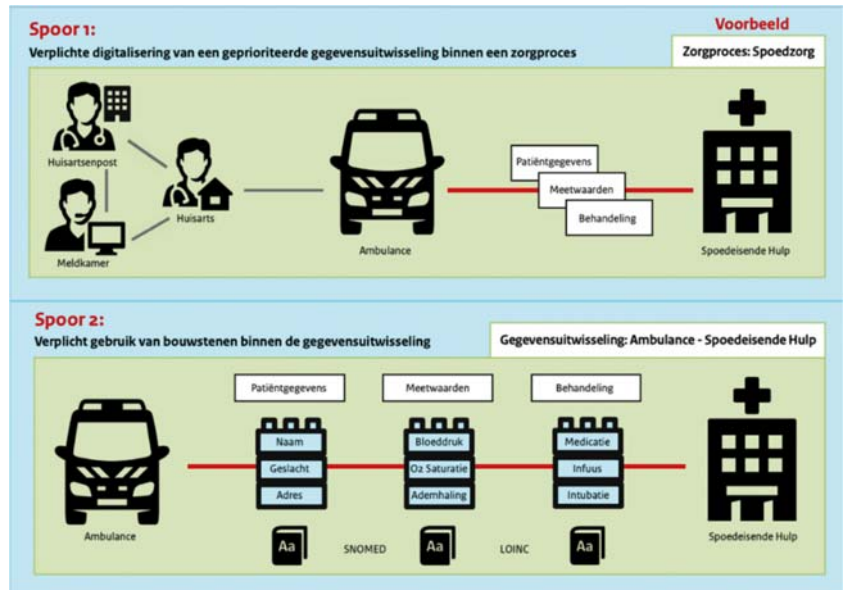
Met de wettelijke verplichting die nu wordt voorbereid zal ik zorgverleners en zorginstellingen verplichten tot digitale dossiervoering en tot elektronische gegevensuitwisseling. Hierbij moeten zij voldoen aan voorschriften voor taal en techniek. De wettelijke verplichting zal stapsgewijs per gegevensuitwisseling worden ingevoerd. De prioritering van de gegevensuitwisselingen die verplicht worden gedigitaliseerd komt terug in de Roadmap.

De wettelijke verplichting zal twee sporen kennen. Een eerste spoor gaat over «welke» gegevensuitwisselingen we willen digitaliseren. Het tweede spoor heeft betrekking op «hoe» de digitale gegevensuitwisseling vervolgens moet plaats vinden.

*Het eerste spoor: aanwijzen van een te digitaliseren gegevensuitwisseling*

Als voorbeeld van een gegevensuitwisseling – en dus van het eerste spoor van de wettelijke verplichting – noem ik spoedzorg. Als er sprake is van spoedzorg dan zijn er meer dan 20 verschillende gegevensuitwisselingen, bijvoorbeeld van de meldkamer naar de ambulance. Dat er op zo'n moment gegevens moeten worden uitgewisseld en waarover bepalen professionals in zogenaamde veldnormen. Hoe die gegevens in eenduidige taal en met eenduidige techniek moeten worden uitgewisseld, dat wordt wettelijk vastgelegd.

Een voorbeeld. In de spoedzorg zijn er onder andere gegevensuitwisselingen van de huisartsenpost (HAP) naar de meldkamer, van de HAP naar de Spoedeisende Hulp (de SEH) en van de ambulance naar de SEH. De gegevensuitwisseling van ambulance naar SEH bestaat uit verschillende setjes gegevens, zoals patiëntgegevens, meetwaarden en ingezette behandeling. Deze setjes gegevens zijn samengesteld uit bouwstenen, zoals bij meetwaarden bijvoorbeeld de bloeddruk van de patiënt. De informatie over bloeddruk die wordt gedeeld, bestaat uit verschillende onderdelen, zoals de bloeddruk zelf en in welke houding deze gemeten is. Alle informatie in de juiste taal die betrekking heeft op «bloeddruk» noemen we samen een bouwsteen. Onderstaande figuur visualiseert de verplichte gegevensuitwisseling en de daarin opgenomen bouwstenen.



Een bouwsteen kan onderdeel zijn van verschillende gegevensuitwisselingen. Zo wordt bloeddruk uitgewisseld bij spoedzorg, maar ook bij overdracht van ziekenhuis naar wijkverpleging. Elke gegevensuitwisseling bestaat uit meerdere bouwstenen en dezelfde bouwstenen komen voor in meerdere gegevensuitwisselingen.

In het eerste spoor van de wetgeving gaat het dus om het aanwijzen van gegevensuitwisselingen die verplicht elektronisch moeten verlopen en van de daarin op te nemen bouwstenen.

*Het tweede spoor: verplicht te gebruiken bouwstenen en verplicht te gebruiken woordenboeken*

Bouwstenen zoals bloeddruk komen voor in meerdere gegevensuitwisselingen. We moeten ervoor zorgen dat dit soort informatie altijd op dezelfde manier wordt uitgewisseld. Daarom wil ik in het tweede spoor van de wettelijke verplichting de te gebruiken bouwstenen aanwijzen en ook de (internationale) woordenboeken (zoals SNOMED of LOINC) die bij het maken van dergelijke bouwstenen gebruikt moeten worden. In het internationale woordenboek SNOMED staat bijvoorbeeld in welke termen er gecommuniceerd wordt over de houding van de patiënt bij het meten van de bloeddruk (met eenduidige termen voor bijvoorbeeld zittend, liggend en staand). Hierdoor spreken de verzender en de ontvanger dezelfde taal. Omdat deze talen internationaal zijn, zal ik ook – zoals ik u eerder al schreef<sup>4</sup> – onze standaardisatie van gegevensuitwisseling tussen professionals en met de patiënt actief uitdragen en hiervoor steun proberen te verwerven in andere landen. Op die manier kan internationale samenwerking een bijdrage leveren aan digitalisering van de zorg in Nederland, kunnen we maximaal gebruik maken van Europese fondsen en creëren we voor Nederlandse leveranciers aansluiting bij een bredere internationale markt.

<sup>4</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 160

De overheid zal, gezien de wettelijke verplichting, ook een andere rol krijgen in (de regie op) ontwikkeling en beheer van deze bouwstenen. Hoe deze rol precies vorm krijgt, komt terug in het wetgevingstraject.

De infrastructuur in de zorg moet het mogelijk maken dat gegevens daadwerkelijk uitgewisseld kunnen worden. Dus dat de informatie in eerder genoemd voorbeeld van de ambulance bij de SEH terecht komt. Ik wil daarom dat de eisen die we stellen ten aanzien van taal en techniek ook direct gelden voor (de leveranciers van) systemen en infrastructuren die gebruikt worden in de zorg. Zo hoeft niet elke zorgaanbieder dat zelf via de eigen inkoop af te dwingen. Ik overweeg daarvoor verplichte certificering van infrastructuren en ICT-systemen zodat leveranciers ook weten waar ze aan toe zijn. De hiervoor benodigde normen zullen samen met de industrie tot stand moeten komen. Een stap voorwaarts hierin is het manifest «Samen Vooruit»<sup>5</sup> dat door VNO-NCW en diverse zorgpartijen aan mij en de Patiëntenfederatie Nederland is aangeboden. Het bedrijfsleven en de zorg committeren zich hierin aan afspraken over makkelijke en veilige data-uitwisseling in de zorg. Ik steun de betrokken partijen bij het betrekken van alle zorg-ICT leveranciers en het verder uitwerken van de afspraken om te komen tot concrete voorstellen van de zijde van de leveranciers voor versnelling van de digitalisering van de zorg.

Tot slot zullen toezicht en handhaving onderdeel vormen van het wetsvoorstel. Bij de voorbereiding van het wetsvoorstel zal ik Zorginstituut Nederland, de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) betrekken.

Mijn voornemen is om dit jaar het conceptwetsvoorstel in consultatie te brengen. Indiening bij uw Kamer is op dit moment voorzien rond de zomer van 2020, met als mogelijke publicatiedatum 1 januari 2021. Vanaf dat moment is een geleidelijke groei van verplichtingen van gegevensuitwisseling beoogd en zal het stelsel kunnen groeien tot een compleet, landelijk dekkend en zorgsector overstijgend stelsel.

### **Welke gegevensuitwisselingen worden als eerste verplicht gedigitaliseerd: de Roadmap**

In het eerste spoor van de wettelijke verplichting zullen stap voor stap gegevensuitwisselingen worden aangewezen die verplicht elektronisch moeten plaatsvinden. Over welke dat moeten zijn heeft het zorgveld afgelopen maanden uitgebreid meegedacht. In consultatiesessies en schriftelijk werden vele – deels overlappende – voorstellen voor te digitaliseren gegevensuitwisselingen gedaan. Samen met de door Nictiz samengestelde lijst die ik in mijn vorige brief aan uw Kamer meldde, leidt dit nu tot in totaal 13 gegevensuitwisselingen die als eerste in aanmerking komen voor versnelde digitalisering en plaatsing op de eerste Roadmap. Hiertoe hanteerde ik drie criteria:

o **Toegevoegde waarde**

Voorop staat voor mij de *toegevoegde waarde* voor zorgprofessionals en voor burgers: het gezondheidsbelang. Door digitalisering moet bijvoorbeeld het risico op vermijdbare fouten kleiner worden. Denk aan de beschikbaarheid van medicatie- of allergie-informatie bij spoedeisende hulp. Daarbij is ook volume belangrijk, namelijk het aantal patiënten dat direct gezondheidsvoordeel heeft van de elektronische gegevensuitwisseling. Ook doelmatigheid is belangrijk. Digitalisering moet daadwerkelijk bijdragen aan een vermindering van (administratieve) lasten voor zorgprofessionals en instellingen. Tot slot

<sup>5</sup> Zie <https://www.vno-ncw.nl/nieuws/nooit-meer-faxen-de-zorg>

moet het gaan om verbeteringen waar de patiënt ook echt iets van merkt. Zo moet de digitalisering onder meer altijd aansluiten op de MedMij-standaarden zodat de gegevens die worden uitgewisseld tussen zorgverleners ook door patiënten die dat willen kunnen worden opgehaald in de eigen persoonlijke gezondheidsomgeving.

o Realiseerbaar

Digitalisering moet voorts ook *realiseerbaar* zijn. Zo is het noodzakelijk dat professionals afspraken hebben gemaakt over de gegevensuitwisselingen in een zorgproces en daarin onder meer hebben afgesproken welke informatie wordt uitgewisseld (de bouwstenen). Daarnaast moet het technisch mogelijk worden gemaakt dat de informatie wordt gedeeld, denk aan landelijke dekking van onderling verbonden infrastructures. Ook moet duidelijk zijn wat de benodigde activiteiten bij alle betrokkenen zijn, wat in die activiteiten de risico's zijn, in hoeverre huidige (VIPP<sup>6</sup>-)programma's al hebben bijgedragen aan de beoogde digitalisering en wat de uitwisseling van gegevens oplevert, kwalitatief en kwantitatief (de business case). Het digitaliseren van gegevensuitwisselingen zal naast de huidige (VIPP-)programma's en tegen de bestaande tarieven voor de reguliere bedrijfsvoering van zorginstellingen worden gerealiseerd. Ik ga er in het kader van die opgave vanuit dat ICT-leveranciers in de zorg bijdragen aan de totstandkoming van de benodigde standaarden, infrastructures en voorzieningen en ook aan implementatie daarvan in alle systemen.

o Draagvlak

Tot slot zijn ook *draagvlak*, betrokkenheid en volharding bij alle betrokkenen in het veld cruciaal om merkbaar verschil te gaan maken. Een wettelijke verplichting is hier immers, hoe belangrijk ook om digitalisering onvermijdelijk te maken, slechts het sluitstuk van veel werk door zorgprofessionals, instellingen, ICT-leveranciers en alle andere betrokkenen.

### Concept Roadmap

De verplichting tot elektronische dossiervoering en gegevensuitwisseling zal stapsgewijs worden ingevoerd. Op basis van een eerste grove toetsing<sup>7</sup> van vooral realiseerbaarheid zijn de volgende 13 nog te preciseren gegevensuitwisselingen opgenomen op de concept Roadmap van met prioriteit te digitaliseren gegevensuitwisselingen:

- Acute Ambulanceoverdracht naar Spoedeisende Hulp
- Medicatieoverzicht en digitaal receptenverkeer
- Medicatie verstrekken en toedienen
- Overdracht tussen ziekenhuizen van de Basisgegevensset Zorg
- Verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar instelling of thuiszorg
- Ketenzorg rondom Diabetes
- GGZ-overdracht van een basis gegevensset
- Acute overdracht verloskundige naar gynaecoloog
- Beelduitwisseling tussen ziekenhuizen
- Beelduitwisseling pathologie
- Multidisciplinair Overleg Oncologie
- Triage verwijzing – gegevensoverdracht van huisartsenpost naar meldkamer en SEH
- Elektronische gegevensuitwisseling tussen geboortezorg en jeugdgezondheidszorg

<sup>6</sup> Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional

<sup>7</sup> De eerste analyse per gegevensuitwisseling is begin maart gepubliceerd op de website van het Informatieberaad Zorg (<https://www.informatieberaadzorg.nl/over-het-informatieberaad/publicaties/publicaties/2019/3/7/concept-roadmap-gegevensuitwisseling---eerste-editie>)

## *Planning*

De eerste gegevensuitwisselingen die verplicht digitaal moeten plaatsvinden zullen uit bovenstaande lijst komen. De lijst wordt de komende maanden samen met het zorgveld tot in detail uitgewerkt. Ik wil van alle 13 bovengenoemde gegevensuitwisselingen zeker stellen dat de zij tot elektronische uitwisseling leiden en in de definitieve lijst alleen die uitwisselingen opnemen waar digitalisering ook echt realiseerbaar is. Dat gaat over eenheid van taal (zijn de betrokken zorgprofessionals het eens over de veldnormen, zijn ze het eens over wat er wordt uitgewisseld en in welke taal, zijn alle bouwstenen bekend) en ook over eenheid van techniek (zijn de technische standaarden beschikbaar en kan er daadwerkelijk uitwisseling plaats vinden). Mijn planning is om uw Kamer voor de zomer te informeren over de definitieve lijst en precies aan te geven wat er voor elke uitwisseling moet gebeuren.

Ik wil er voor zorgen dat – in het kader van het eerste spoor van de wetgeving – bij publicatie van de wet direct een aantal gegevensuitwisselingen benoemd wordt die verplicht digitaal plaatsvinden. Ik wil namelijk dat professionals en patiënten er ook direct iets van merken. Als ik kijk naar de concept Roadmap dan lijken bijvoorbeeld ambulanceoverdracht en digitaal receptenverkeer op niet al te lange termijn realiseerbaar. Ook wil ik er voor zorgen dat – in het kader van het tweede spoor van de wetgeving – bij publicatie van de wet voor de eerste keer een lijst van verplicht te gebruiken bouwstenen voor taal en techniek bekend wordt gemaakt. Met het aanwijzen van de eerste digitale gegevensuitwisselingen en de daarbij te gebruiken bouwstenen start het verplicht elektronisch uitwisselen van gegevens in de zorg. Naar mate er meer uitwisselingen volledig gedigitaliseerd zijn, gaan volgende uitwisselingen sneller en makkelijker. Dat komt omdat er stapsgewijs steeds meer bouwstenen voor taal en techniek voorhanden zijn en omdat infrastructuur beschikbaar zijn gekomen voor het onderling verbinden van alle zorgaanbieders.

## *Edities Roadmap*

Het liefste zou ik samen met het veld alles in één keer oplossen. Elektronische gegevensuitwisseling kan echter alleen stapsgewijs bereikt worden aan de hand van inhoudelijke prioriteiten. Daarom krijgt de Roadmap edities. Ik start met regie op de digitalisering van de gegevensuitwisselingen uit de eerste editie van de Roadmap. Zodra er daarvan een uitwisseling van gegevens goed loopt kan de volgende uitwisseling van gegevens op de Roadmap worden geplaatst. Zo ontstaat een meerjarenagenda. Het is mijn verwachting dat het zorgveld ook aan de gang gaat met uitwerking van de gegevensuitwisselingen die nu nog niet verplicht gedigitaliseerd hoeven te gaan worden.

## **Toestemming voor gegevensuitwisseling**

Met de stapsgewijze digitalisering van gegevensuitwisselingen maak ik het mogelijk dat gegevens altijd elektronisch worden uitgewisseld. Soms is daar toestemming voor nodig, soms ook niet.

### *Verwerken van medische informatie is in beginsel verboden (AVG)*

Het verwerken van medische informatie is in beginsel verboden. Dat volgt uit de AVG. Op dit verbod zijn echter uitzonderingen, bijvoorbeeld als er sprake is van toestemming of wanneer het noodzakelijk is voor de behandeling (behandelovereenkomst). Voor de laatste situatie zijn regels gesteld in de Wet op de geneeskundige behandel-



overeenkomst (de WGBO). Hierin is onder meer geregeld dat gegevens uit een medisch dossier alleen met toestemming van de patiënt aan anderen kunnen worden verstrekt. Uit de WGBO volgt echter ook een aantal uitzonderingen op deze regel. Zo is expliciete toestemming niet nodig voor het verstrekken van noodzakelijke inlichtingen aan degene die rechtstreeks betrokken is bij de behandelrelatie en de vervanger van de hulpverlener.

In het Algemeen Overleg Acute zorg/ambulancetzorg van 3 april 2019 heb ik toegezegd ook duidelijkheid te scheppen over toestemming in geval van spoedzorg (dus in de situaties waarbij er door betrokkene vooraf geen toestemming is gegeven voor het beschikbaar stellen van zijn/haar gegevens). Hiervoor geldt dat de grondslag gevonden kan worden in de behandelovereenkomst op grond van de WGBO in combinatie met de grond vitaal belang uit de AVG en UAVG (artikel 22, tweede lid onder b UAVG). In deze juridische kaders ligt de grond voor de gegevensverwerking als een persoon niet in staat is toestemming te geven. Van vitaal belang is bijvoorbeeld sprake indien acuut gevaar voor iemands leven of gezondheid dreigt. Deze bepaling moet restrictief worden uitgelegd. Alleen als het echt niet anders kan en ook beperkt in tijd. Dus zodra het kan, moet er direct toestemming gevraagd worden.

Hoewel toestemming dus niet altijd nodig is, staat de Wet Aanvullende Bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (de WABvpz) de elektronische uitwisseling van gegevens soms wel in de weg. In deze wet is namelijk een aparte toestemming opgenomen voor het elektronisch beschikbaar maken van gegevens voor andere zorgaanbieders. Als iemand deze toestemming niet heeft gegeven, zijn de medische gegevens nooit direct digitaal beschikbaar. Ook niet als die gegevens op grond van de WGBO wel mogen worden uitgewisseld. Heel concreet: als geen toestemming is gegeven aan de huisarts voor het elektronisch beschikbaar stellen van gegevens over allergie dan zijn die gegevens ook niet elektronisch beschikbaar. Ook niet – bijvoorbeeld – in een acute situatie.

Dat betekent voor de dagelijkse praktijk dat voor het elektronisch uitwisselen van gegevens uit medische dossiers vaker toestemming moet worden gevraagd dan voor papieren dossiers. Dit vind ik onwenselijk: het afschaffen van de fax en het introduceren van elektronische gegevensuitwisseling leidt in die gevallen tot minder in plaats van tot meer beschikbare informatie. Ik leg uw Kamer daarom een voorstel voor om de WABvpz op dit punt aan te passen. Ik zal daarbij ook meenemen of de definitie in deze wet van «uitwisselingssysteem» nog passend is bij de laatste stand van de techniek, omdat uitwisseling tegenwoordig ook direct uit een systeem voor dossiervoering kan plaatsvinden.

### **Infrastructuren zijn nodig voor gegevensuitwisseling**

Als gegevensuitwisselingen elektronisch plaatsvinden moet er wel infrastructuur beschikbaar zijn om de gegevens ook daadwerkelijk over te brengen. En wel tussen alle zorgverleners en in alle domeinen van de zorg. Hiervoor bestaan tientallen infrastructuren die verschillende soorten gegevensuitwisselingen ondersteunen. Dat zijn er zo veel omdat de zorg groot en divers is, er meerdere regionale samenwerkingen zijn en vanwege de grote variatie aan soorten gegevens. Er zal in de Nederlandse zorg daarom ook nooit één infrastructuur zijn voor gegevensuitwisseling. Het belangrijkste is dat de verschillende infrastructuren voldoen aan de gemaakte afspraken, dat alle zorgaanbieders, ongeacht welke infra-



structuur ze gebruiken, met elkaar verbonden zijn en dat benodigde voorzieningen zoals een digitaal adresboek beschikbaar zijn.

Om dit te bereiken denk ik aan certificering van infrastructuur, waarop ik in het wetgevingstraject zal terugkomen. Zo blijft de keuzevrijheid geborgd en wordt tegelijkertijd verzekerd dat infrastructuur voldoet aan de eisen. Hiermee geef ik ook gehoor aan uw verzoek (Motie van de leden Van Kooten-Arissen en Hijink, Kamerstuk 27 529, nr. 174) om geen specifieke infrastructuur voor gegevensuitwisseling te verplichten. Meer informatie over mijn beleid ten aanzien van infrastructuur treft u aan in bijlage 2<sup>8</sup>.

### **Verscherping van samenhang in de aanpak**

In mijn eerste brief over versnelling van de elektronische gegevensuitwisseling in de zorg heb ik u geschreven over het inzetten van de bestaande programma's om samen met het veld sterker te gaan sturen op samenhang en de voortgang van deze lopende en nieuwe programma's. De Roadmap zal daarvoor richting geven. Inmiddels zijn samen met het zorgveld al stappen gezet. Ik geef u daarvan een voorbeeld. Gegevensuitwisseling over medicatie is een belangrijk onderdeel van de zorgbrede aanpak om medicatieveiligheid te verbeteren. Ik nodig eerdaags alle partijen die een rol spelen in het medicatieproces uit om zich verbinden binnen de Alliantie Medicatieveiligheid. In dat partnerschap wil ik de zorgbrede verbinding van initiatieven, programma's en projecten die (grotendeels) gaan over medicatieveiligheid versterken. Het zorgbreed uitwisselen van medicatiegegevens, labwaarden en gegevens over intolerantie, contra-indicaties en allergieën tussen zorgverleners en met de patiënt – en dat volgens de herziene Richtlijn Medicatieoverdracht en de bijbehorende informatiestandaarden (afspraken over taal en techniek) – zijn hierbij essentieel.

De concept Roadmap bij deze brief is samengesteld met het zorgveld en bekrachtigd in het Informatieberaad Zorg. Ik ben zelf een aantal keren aan tafel geschoven bij het beraad en constateer dat alle deelnemers zich committeren aan de gemaakte afspraken en vertrouwen erop dat zij deze ook proactief met hun achterban tot uitvoering brengen. Ik heb in het Informatieberaad bevestigd dat de mogelijkheid tot politiek escalatie-overleg is ingesteld voor het geval de deelnemers er bij het vaststellen van afspraken over taal en techniek onderling of met leveranciers niet uitkomen.

### **Bruikbaarheid in de praktijk**

Het zijn de dokters, verpleegkundigen en andere zorgverleners die uiteindelijk in hun praktijk te maken krijgen met elektronische gegevensuitwisseling. Ik ben mij van de noodzaak van praktische bruikbaarheid zeer bewust en zie digitalisering dan ook als een praktische manier om de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren. Het gaat mij om toepasbaarheid in de praktijk met *merkbaar* voordeel voor zorgprofessionals en patiënten zonder extra lasten te veroorzaken (integendeel!). Ik begrijp de oproep van onder meer de Federatie Medisch Specialisten om hier voldoende aandacht aan te besteden<sup>9</sup> goed. Want de manier waarop afspraken over taal en techniek worden geïmplementeerd in de systemen in de zorg heeft invloed op zowel kwaliteit van zorg als op administratieve

<sup>8</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>9</sup> Zie <https://www.demedischspecialist.nl/laat-dokters-dokteren>.

lasten<sup>10</sup>. In het programmaplan dat ik voor de zomer aan uw Kamer wil sturen, zal daarom ook aandacht zijn voor de regierol op bruikbaarheid in de praktijk. Denk bijvoorbeeld aan transparantie van door zorgverleners gemelde effecten van (gebrek aan) gebruiksvriendelijkheid van systemen op de kwaliteit van zorg.

### **Tot slot**

In deze brief heb ik u de contouren geschetst van de naderende stapsgewijze wettelijke verplichting tot digitalisering in de zorg. De conceptversie van de eerste editie van de Roadmap van te digitaliseren gegevensuitwisselingen zal de komende maanden verder worden uitgewerkt en getoetst.

Voor de zomer zal ik u in een volgende brief over elektronische gegevensuitwisseling in de zorg informeren over de definitieve Roadmap, over de stand van zaken van de wetgeving en over de programmatische aanpak waarmee ik het zorgveld zal ondersteunen om de komende jaren tot digitalisering te komen.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins

---

<sup>10</sup> Zie bijvoorbeeld <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2676098> en Zie <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2724003>.